

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

N°

77

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Daniel EPSZTEJN

né le 10 Mai 1932 à PARIS XIV°

Présentée et soutenue publiquement le : 1963

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES COXITES A STAPHYLOCOQUES
(A propos de 4 Observations d'un service de Rhumatologie).

Président : Mr de SEZE, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Daniel EPSZTEJN

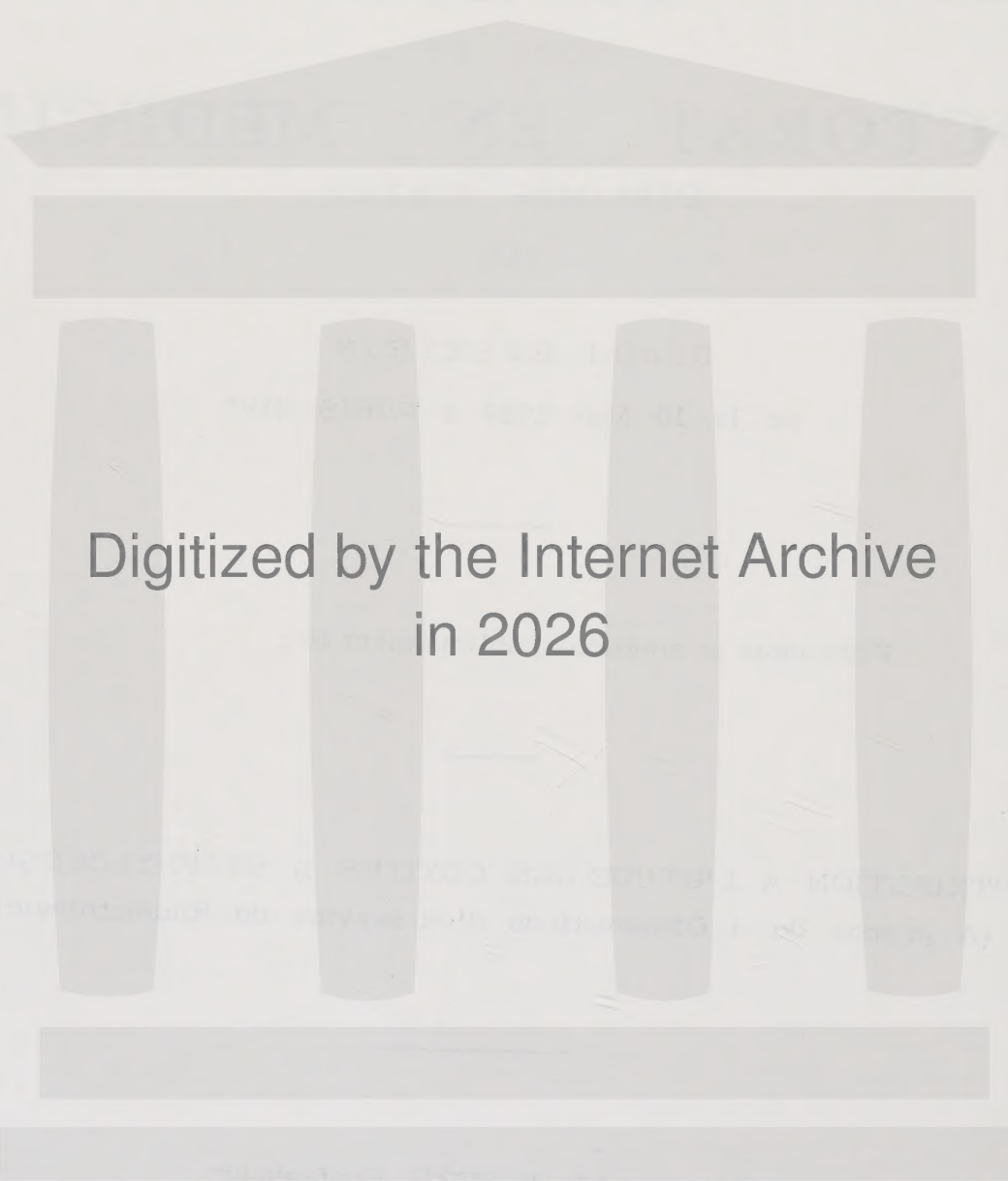
né le 10 Mai 1932 à PARIS XIV°

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES COXITES A STAPHYLOCOQUES
(A propos de 4 Observations d'un service de Rhumatologie).

Président : Mr de SEZE, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550210_0018

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE
2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	GHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESCILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	LENÈGRE (J.)
	SOULIÉ (P.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
	GENNES (L. de)
	DEROT (M.)
	DAVID (M.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GARCIN (R.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	LACOMME (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	MERGER (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	VARANGOT (J.)
Cliniques obstétricales	RENARD (G.)
	AUBRY (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LELONG (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MARIE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	BERNARD (E.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MICHAUX (L.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	COSTE (F.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	DECHAUME (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	ROUX (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	LEMAIRE (A.)
Clinique stomatologique (Pitié)	GAULTIER (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	PADOVANI (P.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DOMART (A.)
Clinique toxicologique	POILLEUX (F.)
Clinique traumatologique	COUVELAIRE (R.)
Sémiologie médicale	TURPIN (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUÉ (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) BUSSE (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRÜH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.) JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pédiatrie-Puériculture	

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	{ ABOLKER (P.) AMFLINK (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAMN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Qui ont consenti de lourds sacrifices
Que ce modeste travail leur soit un
témoignage de ma vive reconnaissance
et de ma très profonde affection .

A MA FEMME

A MES ENFANTS

Avec tout mon amour.

A MES BEAUX - PARENTS

Qui m'ont prodigué leur affection et
leur soutien.

Avec mon affectueuse gratitude.

A TOUTE MA FAMILLE

Qui m'a aidé et encouragé .

Avec mes sentiments affectueux et
reconnaissants.

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur S. de SEZE
Professeur à la Faculté
Médecin des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur M. LEQUESNE
Ancien Chef de Clinique Rhumatologique
à la Faculté

Qui nous a inspiré ce travail et nous a
guidé tout au long de son élaboration.

Qu'il soit assuré de notre vive et
respectueuse gratitude.

Aux médecins du Centre Hospitalier L. PASTEUR de CHERBOURG
Les Docteurs BROCHARD, CAYE, DAVY, deLANGENHAGEN, ROUTIER ,
LENOEL, STEFANI

Avec mes sincères remerciements pour
leur enseignement.

I N T R O D U C T I O N

Autrefois les coxites infectieuses étaient bien connues des chirurgiens. Aujourd'hui, elles sont peu fréquentes : seule la coxite staphylococcique se voit encore assez fréquemment chez le nourrisson et le jeune enfant.

En milieu rhumatologique, la coxite staphylococcique est rare et la coxite gonococcique exceptionnelle, alors que la tuberculose de la hanche persiste et que des coxites inflammatoires amicrobiennes ont trouvé droit de cité, sont souvent envisagées mais non affirmées.

Les coxites inflammatoires amicrobiennes et la coxalgie font l'objet de travaux récents et continus. Au contraire pour les coxites infectieuses. D'où la raison de ce travail.

DEFINITION

Nous appelons coxites infectieuses les coxites pour lesquelles on trouve :

- soit un germe responsable dans l'articulation: le diagnostic est alors certain;
- soit des antécédents probants d'infection qui peuvent être tenus pour responsables de la coxite: le diagnostic est alors probable.

MATERIEL D'ETUDE

La compulsion des archives des années 1952 à 1962 du Centre de Rhumatologie VIGGO-PETERSEN (Service du Professeur S. de SEZE) de l'Hôpital LARIBOISIERE à PARIS nous a permis de sélectionner quatre observations de coxite staphylococcique qui ont paru présenter un certain intérêt et qui sont l'objet de ce travail. Nous remercions le Professeur S. de SEZE d'avoir bien voulu nous autoriser à consulter ces archives et à publier ces quatre observations.

REVUE DE LA LITTÉRATURE RECENTE

C'est au cours des trente dernières années que des travaux portant sur l'étude de nombreux cas de coxite infectieuse ont été publiés, en majorité par des auteurs américains, chirurgiens pour la plupart.

PHEMISTER en 1928 dans son travail sur la pathogénie et le traitement des arthrites à pyogènes montre, en s'inspirant de P. MOULONGUET qu'il cite, que c'est par traction que la destruction du cartilage et de l'articulation est la mieux combattue, par la soustraction des forces de pression qui s'exercent sur les surfaces articulaires, et que le drainage évite l'accumulation excessive de tissu purulent.

CLAVELIN et NAULLEAU en 1931 publient un travail sur 6 cas d'arthrites subaigues de la hanche où ils ont pu seulement dans 3 cas rechercher le germe causal par ponction avec un seul résultat positif : un staphylocoque dans l'hémoculture. La seule ponction locale qu'ils aient pratiquée a été celle d'un abcès de la région inguino-crurale qui a retiré un liquide où la culture a mis en évidence du staphylocoque.

Par ailleurs, les auteurs signalent déjà que les signes radiologiques d'atteinte aigue de la hanche se situent entre 1 mois et 6 semaines après le début. Pour eux, la différence avec la coxalgie est une absence de décalcification. Ils concluent en exprimant leur satisfaction du traitement médical par immobilisation plâtrée ou extension continue.

SOEUR, en Belgique la même année, en s'appuyant sur l'étude de 49 cas d'ostéomyélite de la hanche provenant du Service d'Orthopédie de la State University of Iowa, met en doute le rôle

de l'otite et du furoncle comme localisation primitive et causale de l'ostéomyélite, comme chancre d'inoculation. Il admet au contraire que le staphylocoque par n'importe quelle muqueuse ou peut-être la peau s'introduit sans bruit dans l'organisme et y provoque, non pas un "embolisme", mais une infection généralisée d'emblée qui obéit aux lois habituelles des maladies infectieuses et donne un ensemencement local en divers endroits, et d'autre part une réaction de l'individu suivant ses qualités de réceptivité, d'immunité et de résistance. Pour SOEUR, lorsque le furoncle est présent, il doit être considéré comme une complication concomitante de l'abcès osseux, c'est à dire que furoncle et ostéomyélite sont deux manifestations d'une même maladie; si les accidents cutanés ou auriculaires sont souvent au début les plus tapageurs, ils sont plus superficiels que les abcès de l'os qui mettent un certain temps à s'extérioriser.

Cette conception présente l'avantage à nos yeux d'expliquer pourquoi il est si peu fréquent de retrouver dans les coxites à staphylocoques la porte d'entrée du germe.

Ce n'est qu'en 1935 avec l'important travail de SLOWICK que l'on trouve la première analyse d'un grand nombre de cas d'infection de la hanche, 60 cas qui ont été traités chirurgicalement pour la plupart et qui se répartissent sur une quinzaine d'années, ce qui atteste déjà de la rareté de l'affection.

Fait notable, le diagnostic a toujours été affirmé par la culture du liquide synovial retiré par ponction articulaire, ou par l'hémoculture. L'auteur nous indique que :

- le streptocoque hémolytique a été retrouvé 23 fois
- le staphylocoque 37 fois.

Dans 1/3 des cas il n'a pas été possible de retrouver de porte d'entrée :

- 8 fois sur les 23 cas à streptocoque hémolytique
- 13 fois sur les 37 cas à staphylocoque.

Il y a eu dans ces 60 cas :

- 53 atteintes unilatérales sans prédominance parti-
culière (26 hanches droites pour 27 hanches gauches)
- 7 atteintes bilatérales.

Pour l'ensemble, il existe une nette prédominance de l'affection dans le sexe masculin : 44 cas masculins pour 16 cas féminins, soit 73% des cas.

L'âge des malades dans ces 60 cas se situe entre 6 semaines et 58 ans. L'infection s'est déclaré :

- 6 fois entre 0 et 2 ans
- 3 fois entre 2 et 6 ans
- 8 fois entre 6 et 15 ans
- 6 fois entre 16 et 39 ans.

L'auteur, s'il fait état de l'apparition de signes radiologiques de coxite entre le 9ème et le 56ème jour suivant le début de l'infection, ne précise pas à quelle date exacte ils se situent. Il trouve :

- dans le groupe des coxites à streptocoque :
 - 2 cas sans modification radiologique
 - 14 cas avec pincement de l'interligne
 - 7 cas sans document disponible
- dans le groupe des coxites à staphylocoque :
 - 2 cas sans modification radiologique
 - 7 cas avec pincement de l'interligne
 - 13 cas avec une image de foyer du col fémoral
 - 4 cas avec une image de foyer du cotyle
 - 11 cas sans document disponible.

L'auteur souligne qu'à chaque fois qu'une atteinte infectieuse de l'articulation a été soupçonnée, la mise en oeuvre du moyen principal de diagnostic, la ponction-aspiration, a été fructueuse. Il signale une seule erreur de diagnostic: un sarcome

d'Ewing.

Le traitement de ces 60 cas de coxites infectieuses aiguës a consisté en ponction, arthrotomie et drainage, puis traction continue en abduction.

Les résultats :

- 10 décès (3 dans la série à streptocoque et 7 dans la série à staphylocoque)
- 6 récupérations fonctionnelles satisfaisantes sur 20 coxites à streptocoque
- 5 récupérations fonctionnelles satisfaisantes sur 30 coxites à staphylocoque.

Ces résultats, s'ils montrent un taux élevé de mortalité (16%), sont cependant moins défavorables que ceux avancés par PETIT dans sa thèse, l'année précédente, avec un taux de mortalité de 30%.

On ne retrouve pas chez SLOWICK l'opinion de NATHAN, rapportée par PETIT, qui oppose l'infection streptococcique, qui ne nécessiterait pour lui que le drainage simple, à l'infection staphylococcique qui imposerait une résection étendue du col fémoral.

Un an plus tard, en 1936, BADGLEY et coll. étudient les résultats finaux de 113 cas d'arthrites septiques de la hanche. Ils relèvent :

- 14 décès (soit 12%)
- 43 disparitions de la tête
 - . 19 fois chirurgicalement
 - . 24 fois spontanément
- 21 séquestres de la tête
- 34 dislocations de la tête
- 8 néarthroses

avec pour résultat :

- 32 ankyloses osseuses (dont 2 sans traitement chirurgical)
- 46 ankyloses fibreuses (dont 4 sans traitement chirurgical).

Les auteurs font état pour l'ensemble de :

- 7 hanches normales
- 23 hanches ayant gardé une mobilité réduite à 50%
- 85 hanches atteintes de complications variées.

Ils font certaines constatations concernant la coxite chez le jeune, puisque sur leurs 113 cas, 85 avaient entre 6 et 18 ans.

Ils estiment :

- qu'entre 0 et 3 ans, si l'enfant survit à l'infection, la récupération fonctionnelle est rapide mais il subsiste une fonte de la tête fémorale ou une anomalie de son développement qui peut amener une hanche ballante;
- qu'entre 0 et 8 ans, l'infection staphylococcique est très fréquente avec grosse atteinte osseuse et complications les plus fréquentes.

Les auteurs pensent, à l'opposé de PETIT qui affirme que "la coxite aigue d'origine synoviale chez l'adolescent n'existe pas", que le degré de gravité de l'atteinte articulaire dépend non du germe en cause, strepto. ou staphylocoque, mais du siège initial de l'infection, synovial ou osseux :

- s'il est synovial, la récupération anatomique et fonctionnelle est satisfaisante;
- au contraire, s'il est osseux.

Ils font état de 13 cas de coxites à staphylocoques sans lésions osseuses, avec radios normales dans 10 cas (sans spécifier toutefois à quel stade de l'évolution les radiographies ont été faites) et 3 cas de dislocation de la hanche.

En Belgique, en 1939, DEMELENNE fait l'étude de 33 cas d'arthrite aiguë de la hanche survenus entre 1920 et 1937. Sur ces 33 cas il y avait :

- 21 cas d'ostéomyélite aiguë compliquée ou non d'arthrite de la hanche
- 4 cas d'arthrite rhumatismale (sans préciser les critères qui lui ont permis d'en affirmer la nature rhumatismale)
- 4 cas d'arthrite gonococcique
- 4 cas d'arthrites aiguës purulentes ou non de nature bactériologique indéterminée.

Le staphylocoque a été retrouvé 16 fois; le streptocoque 3 fois; le gonocoque 4 fois. Six fois le liquide de ponction retiré était amicrobien et 4 fois le germe n'a pu être identifié.

L'auteur signale qu'il n'y a pas eu d'hémoculture pratiquée et que le diagnostic n'a été fait qu'à partir du liquide prélevé dans le foyer; il souligne l'intérêt qu'il y a à pratiquer systématiquement une hémoculture.

Sur ces 33 cas, 9 avaient entre 0 et 7 ans; 18 avaient entre 7 et 23 ans, et 6 avaient entre 23 et 40 ans.

Entre 9 et 13 ans sont survenus 40% des cas présentés.

Le sexe masculin est plus atteint que le sexe féminin, et ce, dans la proportion de trois pour un.

Pour les cas étudiés, un traumatisme a été retrouvé à l'origine dans 8 cas (plaie superficielle infectée 5 fois; chute plus ou moins sérieuse 3 fois). Mais l'auteur n'indique pas si une porte d'entrée a été retrouvée dans les autres cas.

Les localisations de l'ostéomyélite ont été :

- Col et tête fémorale 12 fois
- Aile iliaque 5 fois
- Grand Trochanter 4 fois.

Les complications ont été :

- Luxation précoce par déboitement des appuis
1 cas
- Subluxation et luxation pathologique par
destruction des appuis : 6 cas
- Fracture spontanée : 2 cas
- Epiphysiolyse : 2 cas.

Le traitement qui a consisté en drainage puis immobilisation a donné les résultats suivants :

- 4 décès sur les 21 cas d'ostéomyélite soit 19%
- Résultat fonctionnel :
 - . Mauvaise position : 5 cas
 - . Guérison fonctionnelle : 11 cas
 - . Guérison intégrale : 9 cas.

En France, en 1940, SCHENKELBACH reprend les conclusions de PHEMISTER sur les avantages de l'extension continue qui permet d'écarter les surfaces articulaires, de limiter au minimum les ulcérations compressives et même les altérations des revêtements cartilagineux dont la conservation est une des conditions du retour à la mobilité et de la prophylaxie de l'ankylose.

Il met également l'accent sur l'utilité de la ponction qui permet le diagnostic, le pronostic et le traitement. Celui-ci par l'évacuation du contenu liquide articulaire, combat la distension et le relâchement de la capsule articulaire et par l'aiguille même de ponction permet d'injecter des liquides modificateurs.

En 1941, HEBERLING aux Etats-Unis publie une revue de 201 cas d'arthrite suppurée comportant 74 arthrites purulentes de la hanche pour 65 malades. Lui également insiste sur la fréquence avec laquelle le staphylocoque doré est retrouvé dans l'articulation :

22 fois sur 45 arthrites

alors que le streptocoque hémolytique n'est retrouvé que 11 fois, le gonocoque 1 fois, le staphylocoque blanc 3 fois, le streptocoque viridans 5 fois, le pneumocoque 2 fois et qu'une culture s'est révélée négative.

C'est, dit-il, à l'application précoce de la méthode de WILLEM (incision de l'articulation et suture d'un drain à la capsule; mobilisation active immédiate; drain enlevé dès que la suppuration est tarie) qu'il doit ses bons résultats (58% des cas). Ces résultats satisfaisants répondent aux critères suivants :

- . pas de subluxation
- . extension complète
- . flexion à 75°
- . abduction à 15°

L'auteur ne mentionne pas la possibilité d'une thérapeutique médicale par injection locale de substances modifcatrices telles les sulfamides à l'époque.

En 1951, STEINDLER critique vivement et les résultats et la méthode thérapeutique prônée par HEBERLING dix ans auparavant. S'il préconise l'utilisation des antibiotiques, il estime ne pouvoir se fier uniquement à leur action bactéricide. Pour lui, il est indispensable d'évacuer l'articulation par ponction-aspiration ou par drainage suivant les cas, et d'immobiliser l'articulation par un appareil plâtré ou par une extension continue. Il insiste sur la rapidité des dommages causés au cartilage dans une articulation septique qui fait qu'un retard même faible à évacuer la collection purulente peut entraîner des dégâts irréparables.

Auparavant, en 1944, HARMON et ADAMS avaient publié une analyse des résultats finaux concernant 132 cas de coxites à pyogènes pour 147 hanches.

Ils indiquaient que :

- . 20 cas avaient entre 0 et 3 ans
- . 69 cas avaient entre 4 et 12 ans
- . 43 cas portaient sur des adolescents ou des adultes.

Dans 78 cas (soit dans plus de la moitié des cas), ils n'avaient retrouvé aucune porte d'entrée. Dans les autres cas, ils avaient pu mettre en évidence une maladie de la peau (26 fois), une maladie des voies respiratoires supérieures (16 fois), une maladie des voies génito-urinaires (4 fois), une infection ostéo-myélitique ailleurs (5 fois), une infection directe (1 fois).

Les auteurs, qui ont recueilli leurs observations à partir d'archives concernant 11 années d'admission dans 2 hôpitaux importants des Etats-Unis, indiquent que le sexe masculin leur paraît plus touché que le sexe féminin mais sans fournir de chiffres à l'appui.

Sur ces 147 coxites, les auteurs ont trouvé un germe (mais sans indiquer de quelle manière ni où ce germe a été mis en évidence):

- 31 fois le Staphylocoque doré
- 1 fois le Staphylocoque blanc
- 18 fois le Streptocoque β hémolytique
- 1 fois le Pneumocoque type III
- 96 fois le germe est resté inconnu (par non-identification? par ponction blanche? par liquide amicrobien? les auteurs ne le précisent pas; mais ils évoquent pour ces 96 cas la possibilité d'une gonococcie sans toutefois en apporter la preuve).

Ils insistent sur les conditions d'un diagnostic correct par ponction de la hanche ou par exploratrice pour l'obtention de liquide purulent ou séro-purulent, et sur la nécessité de ponctions répétées en cas de doute car, disent-ils, on doit se

rappeler qu'un diagnostic par ponction est souvent possible plusieurs jours et semaines avant que les radiographies ne montrent une image d'atteinte ostéo-articulaire.

De leur étude il ressort également :

- qu'une évolution relativement bénigne de l'affection se produit dans le très jeune âge, au-dessous de 3 ans, malgré parfois des destructions considérables en liaison avec un diagnostic posé tardivement, et chez les sujets au-dessus de 15 ans chez qui la lésion osseuse a été limitée dans son extension;
- que la plus grande invalidité et une évolution prolongée surviennent chez les sujets dont la maladie a été consécutive à une ostéomyélite massive; dans ces cas il y a séquestre, ankylose et perte de substance osseuse;
- qu'une hanche mobile, stabilisée est pour eux préférable à une hanche ankylosée si toutefois la mobilité n'est pas douloureuse.

Les résultats finaux concernant 47 coxites infectieuses révèlent :

- 7 hanches disloquées
- 8 hanches ankylosées
- 32 hanches ayant gardé plus de 50% de leur mobilité.

Mais en outre, 1/3 de ces 47 coxites ont présenté un raccourcissement allant jusqu'à 2 cms (17 coxites sur 47) et 10 des 32 hanches mobilisables ont eu des douleurs persistantes.

O B S E R V A T I O N S

OBSERVATION N°1 .- Coxite staphylococcique (Staphylocoque à la culture du liquide de ponction articulaire), sans antécédents probants (grippe surinfectée). Image typique de coxite au 2ème mois.

Mr. THI... Gaston, 52 ans, vendeur en accessoires d'automobiles, entre dans le Service du Prof. S. de SEZE le 30 Mars 1954 pour douleur vive de la hanche droite avec impotence fonctionnelle.

Histoire de la maladie

- Début le 1er Février 1954 par douleur du creux inguinal droit le soir, à la fatigue, à la marche.

- Le lendemain matin, impotence fonctionnelle brutale dont il s'aperçoit en voulant se lever, sans douleur nette, mais il se sent bloqué. La température est à 37°5.

- Les 10 jours suivants : la marche est encore possible mais douloureuse, la hanche droite est à peu près bloquée, la douleur persiste en position couchée.

- Le traitement par iode et vitamine B demeure inopérant et Mr. THI... est hospitalisé à l'Hôpital BOUCICAUT le 13 Mars 1954 où sont pratiqués des examens complémentaires.

Les examens sanguins du 13.3.54 montrent :

- Hémogramme: légère anémie avec petite leucocytose à polynucléaires (G.R. 3.720.000 ; G.B. 7.650; Poly. neutros 84; Lymphocytes 12; Monocytes 4).

- La V.S. est très accélérée: 114 - 122 - 136.

- Le 17.3.54 la radiographie du bassin montre :

Disparition quasi complète du sourcil cotyloïdien droit par ostéoporose qui empêche de juger l'importance du pincement de l'interligne. Mais ce dernier peut être affirmé par l'élargissement de l'espace situé entre le pôle inféro-interne de la tête et la corne postérieure du sourcil qui est augmenté d'au moins 2 à 3 mms. Pas de géodes mais ostéoporose diffuse prédominant à la partie supéro-externe du pourtour.

- Le 23.3.54 la ponction de hanche retire un liquide sanglant mais pas de pus. La culture sur gélose met en évidence la présence d'un Staphylocoque doré le 2.4.54.

A son entrée dans le service

- Au repos ne souffre pratiquement pas.

- Mais au moindre mouvement, douleur vive dans l'aîne droite, irradiant en avant dans la cuisse droite.

- Etat subfébrile à 38°.

- Pas d'amaigrissement net.

Examen physique

- Membre inférieur droit en abduction à 10°, rotation externe de 45°.

- Pied droit en varus équin avec flexion permanente des orteils, pied creux.

- Diminution importante de la force musculaire segmentaire.

- Amyotrophie importante de la cuisse droite.

- Voussure du creux inguinal droit, douloureux à la palpation; chaleur locale légèrement augmentée; pas de rougeur; desquamation cutanée furfuracée.

- Mobilisation de la hanche droite impossible du fait de la douleur.

- Rien d'anormal par ailleurs.

Recherche étiologique

Il n'y a pas concordance entre la bactériologie et la clinique car l'examen physique ne décèle aucun foyer staphylococcique, ni aucune porte d'entrée cutanée ou muqueuse (ni furoncle, ni anthrax, ni angine, ni otite, ni épisode diarrhéique), mais l'interrogatoire permet d'apprendre la survenue, dix jours avant le début des douleurs, d'un épisode "grippal" qui a duré huit jours, avec toux et expectoration muco-purulente.

Evolution

Sous le traitement antibiotique prolongé 2 mois (Pénicilline 2 Millions/Jour, Streptomycine 1g tous les 2 jours, Tifomycine 1g/Jour) associé à la traction continue, les douleurs ont cédé au bout de 1 mois de même que la fièvre.

A sa sortie le 15.12.54

- . Bon état général
- . Hanche droite froide, sèche, pratiquement indolore.
- . A la radio : luxation de la tête fémorale avec raccourcissement de 1 cm.
- . La V.S. du 18.11.54 est à 15 - 31, tandis que l'héogramme montre une leucopénie avec neutropénie :

G.R. 4.260.000	G.B. 2.600	(Poly. neutro. 35
		(eosino. 7
		(baso. 1
		(Grands lympho. 31
		(Petits lympho. 20
		(Monocytes 6

Est revu le 10.3.55

- . Ne souffre plus, mais la flexion est à 20°, la rotation et l'abduction sont nulles.
- . La radiographie montre :

Pas de porose fémorale. Pas d'ankylose osseuse.
Il manque une cupule à la tête fémorale et au toit.

OBSERVATION N°2 .- Coxite staphylococcique (Staphylocoque à la culture d'une goutte de pus prélevée lors de la biopsie de la hanche), sans antécédents probants (diarrhée). Image de coxite encore modeste au 2ème mois. Evolution favorable.

Mme ROU... Juliette, âgée de 58 ans, est hospitalisée le 22 Août 1959 dans le Service du Prof. S. de SEZE pour état fébrile avec douleurs de la hanche gauche.

Histoire de la maladie

- Début à la mi-Juin 59 par sensation de malaise général, frissons, fièvre à 38° - 39° pendant quelques jours, qui se maintient ensuite aux alentours de 38°; un vomissement; langue saburrale et diarrhée pendant les trois premiers jours.

Le médecin traitant devant ce tableau évoque le diagnostic de typhoïde et pratique un séro-diagnostic (qui se révélera négatif).

- Le 11-Juillet 59: apparition brutale au milieu de la nuit d'une douleur au niveau de la hanche gauche, de la fesse et de la face antérieure de la cuisse gauche, intense, spontanée, gênant de plus en plus la marche, réveillée par les mouvements, légèrement calmée par le repos, avec en outre altération de l'état général (amaigrissement, anorexie, quelques sueurs).

A son entrée dans le service

- La malade continue à souffrir de sa hanche; les douleurs ont les mêmes caractères qu'au début, un peu moins intenses mais empêchant pratiquement toute tentative de marche.

- La fièvre oscille entre 37°8 et 38°; l'état général est médiocre: anorexie, amaigrissement mais pas d'asthénie.

Examen physique

Hanche gauche: pas de modifications des téguments en regard; mobilité passive conservée; tous les

mouvements sont possibles mais limités aux positions extrêmes par le réveil d'une douleur, sauf l'hyperextension qui est très douloureuse, bloquée; pas d'empâtement au niveau de la hanche, pas d'adénopathie rétro-crurale.

Genou gauche: normal

Le reste de l'examen ostéo-articulaire est normal, de même que l'examen des autres appareils

- . Pleuro-pulmonaire
- . Cardio-vasculaire
- . Nerveux
- . Digestif
- . Génito-urinaire (Ménopause en 1953)
- . Cutanéomuqueux: en particulier pas d'angine, pas de dermatose.

On note seulement dans le creux axillaire gauche un ganglion petit, dur, mobile, indolore, isolé, sans aucun noyau mammaire.

Examens complémentaires

- L'hémogramme du 24 Août 59 montre une leucocytose à polynucléaires: G.R. 4.080.000; Hb 84% ; V.G. = 1

G.B. 12.200	(Poly. neutro. 74	
	{ eosino. 2	
	(Grands lympho. 5	
	(Lymphocytes 11	
	(Monocytes 8	

- Le V.S. du 24.8.59 est à 109 - 135 (mais la température est à 38°).

- Les radiographies pratiquées les 4, 26 et 31 Août 59 montrent:

à gauche: pincement discret de l'interligne à sa partie interne; décalcification des berges cotyloïdienne et fémorale.

à droite: hanche normale; ostéophytose du rebord externe cotyloïdien.

- La radiographie du 11.9.59 montre à gauche une lyse osseuse sous-chondrale.

- La ponction de hanche pratiquée le 26.8.59 retire très peu de liquide dont l'examen direct et la culture ne montrent rien.

- Les hémocultures successives le 29 Août, les 7, 9, 10 et 11 Septembre 59 sont négatives.

- Le 17.9.59 est alors pratiquée une biopsie de la hanche.

Compte-rendu opératoire: Il n'y a pas de pus intra-articulaire mais en cours de manoeuvre d'extraction d'un fragment de capsule synoviale, l'on voit sourdre quelques gouttes de pus de l'articulation. Ce pus est prélevé aux fins d'examen bactériologique. (Pr.DEBEYRE)

Compte-rendu histologique: le fragment de synoviale examinée est le siège d'une infiltration inflammatoire diffuse mais à prédominance péri-vasculaire. Superficiellement l'infiltration est surtout à polynucléaires et s'accompagne d'une dégénérescence fibrinoïde. Profondément les vaisseaux sont entourés d'un manchon cellulaire principalement plasmocytaire. Conclusion: synovite aigue histologiquement non spécifique (Dr. MAZABRAUD).

Réponse du laboratoire de bactériologie:

Ziehl : B.K. = 0

Gram : Polynucléaires +++

Rares cocci Gram +

Bouillon : Pousse après 48h. : colonie de

Staphylocoques

- Par ailleurs, l'I.D.R. à la mélitine est restée négative; la cuti-réaction à la tuberculine est négative mais l'I.D.R. à 10 U. est positive.

Recherche étiologique

L'anamnèse ne retrouve pas d'antécédents cutanés ou muqueux. Par contre, on retrouve des épisodes diarrhéiques fréquents. L'examen physique ne décèle aucun foyer staphylococcique. Il n'y a donc pas concordance entre la clinique et la bactériologie.

Evolution

La malade est mise sous extension continue par broche transtibiale le 17.9.59, pendant quatre mois.

A partir du 21.9.59 et pendant deux mois, elle reçoit:

Terramycine I.M. 0,50g/Jour et Auréomycine 1,50g/Jour

L'amélioration se dessine: la température se stabilise progressivement; les douleurs diminuent. Elle part pour BERCK où après la traction continue, on la traite par mobilisation au lit pendant 3 mois. La marche est autorisée en Mai 60 et elle quitte BERCK en Juillet 60 en parfait état. Elle se sert encore ensuite d'une canne durant 2 à 3 mois. Depuis, elle marche normalement sans boiterie, sans douleur à la hanche gauche. Elle accuse seulement une fatigabilité à la marche, quelques douleurs au genou et à la cheville gauche ainsi qu'une flexion limitée de la cuisse sur le bassin.

OBSERVATION N°3 . - Coxite staphylococcique probable d'inoculation après infiltration locale. Image typique et évoluée (luxation) dès le 2ème mois. Evolution défavorable.

Mr. PEL... Edmé-Henri, âgé de 71 ans, modelleur, entre dans le Service du Prof. S. de SEZE le 25 Février 1961, pour blocage douloureux de la hanche droite.

Histoire de la maladie

- Vers Décembre 1959, apparition progressive d'une douleur au niveau de l'aine droite, intermittente, calmée la nuit, exagérée par les efforts, modérée, néanmoins entraînant une légère boiterie: manifestation de type coxarthrose.

- En Novembre 1960, un médecin consulté lui prescrit des infiltrations intra-articulaires d'Hydrocortancyl. Les deux premières amènent une amélioration passagère des douleurs.

- Le 25 Janvier 1961, 2 jours après la 3ème injection, apparition progressive d'une douleur vive, lancinante, au niveau du pli inguinal, descendant le long de la face antérieure de la cuisse, avec température supérieure à 39° et sensation de malaise général. Un traitement antibiotique est prescrit: Pénicilline 1 Million/Jour, Streptomycine 1g/Jour, Propiocine 2g/Jour. Celui-ci amène au bout d'une quinzaine de jours la disparition de la fièvre et l'amélioration de l'état général.

- Cependant le 22.2.61 il persiste une leucocytose à 9.200, une V.S. à 123 - 127, un blocage douloureux de la hanche droite qui font conseiller l'hospitalisation.

A son entrée dans le service

La douleur est toujours très vive, calmée par le repos en décubitus dorsal, mais réveille le malade la nuit aux changements de position.

Examen physique

	Hanche Droite	Douleur	Hanche Gauche	Douleur
Flexion	45°	+++	110°	0) mais
Rotation externe	0°	+++	75°	0) douleur
Rotation interne	0°	+++	30°	0) en fin
Abduction	0°	+++	35°	0) de
Adduction	0°	+++	35°	0) course
				0) du Genou
				0) droit

La démarche est impossible. On note une tuméfaction profonde assez molle, non douloureuse, siégeant à la partie antéro-externe de la racine de la cuisse. Il existe aussi depuis l'injection intra-articulaire dans la hanche une douleur à la face antérieure du genou droit sans signes objectifs.

L'examen des autres articulations et des autres appareils est normal.

Antécédents personnels

R.A.A. en 1936.

Pneumothorax droit en 1913 avec pour séquelle une déviation droite du médiastin.

Radiographies

- du 26.11.60 (personnelles) montrent une coxarthrose droite (pincement polaire supérieur de l'interligne, aplatissement de la tête fémorale, début de subluxation).

- du 10.3.61 (du service) montrent: une lyse du cotyle et de la tête en regard; la tête est luxée en H - DH; disparition de l'interligne; déminéralisation.

Recherche étiologique

Si on peut facilement rapporter à la 3ème injection intra-articulaire d'Hydrocortancyl l'origine de la coxite infectieuse, par contre la biologie n'a pas permis de conclure. Les ponctions successives de la hanche droite les 27.2.61, 6.3.61,

et 27.6.61 ont été à chaque fois blanches.

L'hémogramme montre une leucocytose qui s'abaisse en 3 semaines de 9.400 à 5.200 sous l'influence du traitement Pénicilline 20 Millions, Flabelline 4g/Jour, mais le 4.4.61 la V. S. est encore à 83 - 124.

L'examen cytot bactériologique des urines a trouvé deux fois du Proteus et une fois du Colibacille.

Evolution

A la suite d'une reprise fébrile, on reprend Pénicilline et Flabelline, puis Colimycine et Tifomycine avec du Cortancyl.

La broche de la traction continue est retirée le 25 Juin 61. Mais l'évolution est émaillée d'incidents: reprise de la fièvre, rétention d'urines tandis que la flexion se fait à 15° à droite et que les autres mouvements sont impossibles.

Le 17.7.61: Arrêt des antibiotiques. Mais comme 2 jours plus tard les douleurs et la fièvre reprennent, on rétablit l'antibiothérapie.

Le 13.11.61: devant la persistance d'un état infectieux (fièvre, V.S. accélérée à 60 - 93) et devant l'exagération progressive de la subluxation, on adresse le malade à l'Hôpital Maritime de BERCK (Service du Prof. J. DEBEYRE). Durant son séjour qui se poursuit encore, il a présenté un abcès de la face externe de la cuisse dans lequel on a mis en évidence du staphylocoque. A la radio, il présente actuellement une nécrose de la tête fémorale déjà luxée. Le traitement a consisté en Flabelline et rééducation simple. Le malade, actuellement, a une autonomie de marche suffisante pour lui permettre de mener une activité légère.

OBSERVATION N°4 . - Coxite staphylococcique probable (Furonculose). Retard de l'image radiologique sur la clinique. Retard du diagnostic et du traitement. Luxation secondaire.

Mr. BER... Maurice, âgé de 52 ans, agent commercial, est hospitalisé le 26 Septembre 1953 dans le Service du Prof. S. de SEZE pour bilan.

Histoire de la maladie

- Début le 25 Décembre 1952 par une douleur progressive dans la cuisse à la face antérieure d'abord, puis à la face postérieure, puis dans la région trochantérienne. La température est à 40° pendant 4 à 5 jours.

Il est alors traité pendant 8 à 10 jours avec de l'auréomycine. Il y a sédation de la fièvre mais pas de diminution des douleurs qui persistent, immobilisant presque complètement le malade; les mouvements sont encore possibles, mais limités. Le malade reste subfébrile.

Un diagnostic de sciatique est alors posé et il est traité par vitamine B1, Irgapyrine, Tractions (la lère aurait entraîné une amélioration), Ultra-Sons.

Des radios auraient été faites (nous n'avons pu les obtenir du malade) qui auraient montré (compte-rendu radiologique présent dans le dossier) :

- le 12.2.53 : une légère scoliose à concavité droite sans anomalie par ailleurs.
- le 12.3.53 : un très léger pincement central à droite avec une trame osseuse normale.

Son médecin aurait alors conclu à l'intégrité de la hanche.

- En Mai 1953 il est vu par le Dr. O., spécialiste, qui devant :

- . une mobilisation impossible et très douloureuse de la hanche droite,

. une radiographie du bassin le 22 Mai 53 montrant à droite:

- un pincement très marqué de l'interligne à sa partie supérieure avec même disparition de l'interligne;

- irrégularité de la surface cotyloïde dont on perd les contours;

- décalcification de la tête fémorale et de l'aile iliaque, d'aspect micro-géodique.

. une V.S. à 50 - 120 - 128 et une température à 38°, pose le diagnostic de coxite staphylococcique.

On fait alors:

- coquille plâtrée qui est gardée 2 mois
- antibiotiques: d'abord Pénicilline-Strepto, mais il y a intolérance avec érythème généralisé, puis Tifomycine.

Amélioration pendant 15 jours puis rechute avec clocher thermique, douleur marquée, V.S. à 25 - 45.

Le malade entre le 21 Juillet 53 à l'Hôpital M.H. ROT-SCHILD où il est mis en traction continue avec reprise des antibiotiques (auréomycine), ce qui entraîne la disparition des douleurs. Mais la radiographie du 22 Juillet 53 montre une luxation en H-DH de la tête fémorale avec ascension de 2 cms.

Le 10 Septembre 53 on constate sur la radiographie:

- la luxation supéro-externe de la tête fémorale qui est encochée à sa partie supérieure
- un agrandissement du coxyle
- une ascension de 2 cms
- une décalcification.

A son entrée dans le service le 26 Septembre 53

- Le malade ne souffre plus.
- Mouvements passifs: aucun. La hanche est bloquée et indolore.

- Pas d'adénopathie.
- Amyotrophie du quadriceps.
- Raccourcissement de 2 cms.

L'anamnèse permet de retrouver la notion de furoncle et d'anthrax dont le dernier daterait de Septembre 51.

Evolution

Le traitement appliqué dans le service (érythromycine, calcium, massages) permet de consolider l'amélioration déjà obtenue. Mais 10 jours avant sa sortie, en Décembre 53, il fait une poussée de furunculose pour laquelle il reçoit Auréomycine, vitamine F et Divasta.

En Mai 54, il est revu: il marche avec une canne; la V.S. est à 31 - 60.

En Juin 54, rechute avec douleur à la cuisse, impotence marquée, fièvre à 38°5 - 39°, mais sans signes inflammatoires locaux, sans tuméfaction, sans furoncle. Il est immobilisé à nouveau pendant un mois, avec 6 comprimés d'auréomycine par jour. Il remarche ensuite avec une canne, puis progressivement parvient à la supprimer, à monter les escaliers, à conduire sa voiture.

En 55, il présente:

- légère névralgie cervico-brachiale épaule-bras avant-bras-index, peu gênante, survenant par crises.

- attitude vicieuse légère du membre inférieur droit due à un raccourcissement de 3 cms et à l'abduction du membre, d'où bascule du bassin.

- en décubitus: la hanche droite est bloquée en extension, sans rotation mais avec légère abduction.

Il n'y a aucun point douloureux; le genou droit est normal avec légère tendance au valgus.

A la marche, il existe une boiterie mais qui est très compensée.

A la radio: recalcification progressive mais néo-interligne visible et irrégulier.

C O M M E N T A I R E S

L'analyse de ces quatre observations de coxite à staphylocoque nous permet de faire les remarques suivantes:

a) Le sexe masculin est plus atteint que le sexe féminin. Nous retrouvons la même proportion avancée par divers auteurs: 3 cas masculins pour 1 cas féminin.

b) Le tableau clinique associe presque toujours des signes locaux et des signes généraux, d'installation rapide.

- Signes locaux: 2 fois sur 4 la douleur est remarquable par sa brusquerie; 2 fois sur 4 elle s'installe moins brutalement. Mais dans tous les cas elle est extrêmement vive, entraînant une impotence totale. On ne peut compter sur une tuméfaction ou une collection palpable retrouvée seulement dans 2 cas.

- Signes généraux infectieux: souvent importants (Obs. N°2 - 3 - 4) avec température élevée à 39°, voire 40°, une sensation de malaise général, parfois altération de l'état général (Obs. N°2).

On doit noter que dans l'observation N°3 où une injection septique était à l'origine de la coxite, le tableau clinique s'installa classiquement 48 heures après cette injection.

c) Les signes radiologiques sont habituellement en retard de plusieurs semaines sur le début clinique: 6 semaines dans les observations 1 et 3; 2 mois et demie dans l'observation N°4. Seule l'observation N°2 offre un exemple d'apparition plus précoce: à la 3ème semaine.

d) Le diagnostic positif a été fait 2 fois par la découverte du staphylocoque dans le liquide prélevé dans l'articulation soit par ponction (Obs.1), soit lors de la biopsie de la synoviale effectuée à la suite d'une ponction de hanche avec liquide amicrobien (Obs.2). 2 fois le diagnostic a été établi par une anamnèse évocatrice:

Furoncle dans l'observation N°4

Injection septique dans l'observation N°3.

Dans ces 2 cas le diagnostic de coxite staphylococcique est probable. Cependant il est remarquable que dans aucune de ces 4 observations, il n'y ait à la fois une anamnèse convaincante et la découverte du germe dans l'articulation. Dans les 2 cas où le diagnostic est certain, l'anamnèse est bien lointaine ou indirecte:

Trachéo-bronchite avec expectoration muco-purulente
dans l'observation 1

Diarrhée dans l'observation 2.

Ceci confirme les résultats de SLOWICK qui, dans 1/3 des 37 cas de coxite staphylococcique, ne trouve pas de porte d'entrée du germe.

On peut à cet occasion se poser le problème de la surinfection staphylococcique de ces épisodes infectieux, habituellement non staphylococciques, ou de la reviviscence d'un staphylocoque jusque-là saprophyte devenant virulent à cet occasion, ou bien de la manifestation clinique brutale d'un envahissement déjà ancien et généralisé de l'organisme par le staphylocoque, manifestation clinique qui peut être précoce s'il y a atteinte tégumentaire, retardée s'il y a atteinte articulaire ou osseuse, ces 2 atteintes étant, suivant la conception de SOEUR, l'expression d'une même maladie.

d) Le traitement n'a permis que dans un cas une évolution favorable, ne laissant comme séquelle qu'une limitation de la flexion de la cuisse (Obs.2). Dans les autres cas, le traitement n'a pu empêcher la tête fémorale de se luxer, entraînant un certain raccourcissement.

ETUDE DES COXITES INFECTIEUSES A STAPHYLOCOQUES

Fréquence

La coxite staphylococcique est rare ainsi que l'ont montré divers auteurs:

SLOWICK: 37 coxites staphylococciques pour 60 coxites infectieuses réparties sur 15 ans;

HARMON et ADAMS: 32 coxites staphylococciques pour 132 cas de coxites à pyogènes parmi 1.041 admissions pour coxite réparties sur 11 années dans 2 hôpitaux importants.

Nous même n'avons relevé que quatre observations de coxite à staphylocoque en compulsant les archives des dix dernières années du Centre de Rhumatologie VIGGO-PETERSEN de l'Hôpital LARIBOISIERE.

Cependant le staphylocoque est le germe le plus souvent rencontré dans les coxites infectieuses: ainsi pour SLOWICK; HARMON et ADAMS; DEMELENNE qui trouve le staphylocoque 16 fois sur 33 cas d'arthrite de la hanche; HEBERLING qui le relève 22 fois sur 45 cas d'arthrite de la hanche.

Sexe

Le sexe masculin est plus touché que le sexe féminin. Il y a 44 cas masculins pour 16 cas féminins dans l'étude de SLOWICK. Pour DEMELENNE, il y a 3 cas masculins pour 1 cas féminin. Nous retrouvons cette dernière proportion dans nos 4 observations.

Etiologie

Du fait de la multiplication des injections intra-articulaires, les coxites infectieuses par injection septique ne sont pas

rares; le staphylocoque est le germe le plus souvent en cause (LABARTHE).

Les coxites à staphylocoques par infection de voisinage sont plus rares. Par contre, la dissémination sanguine reste une étiologie fréquente de coxite à staphylocoque, soit au cours d'un état infectieux sévère, soit secondairement.

Physio-pathologie

C'est celle de toutes les arthrites infectieuses à pyogènes. Selon HORTOULLE, une articulation oppose à l'infection un système clos bien protégé, du côté de l'os, par la masse inerte du cartilage avasculaire, et du côté des parties molles par la synoviale dont la couche interne est de structure endothéliale chondroïde et forme une barrière relative. Dans ce système clos, le liquide synovial représente un milieu tout à fait défavorable au développement des germes. C'est par la zone sous-synoviale très vascularisée (couche externe) que débute l'atteinte de l'articulation. Après les premiers phénomènes inflammatoires (oedème, épanchement articulaire), les leucocytes parviennent à franchir la couche interne de la synoviale pour pénétrer dans l'articulation. Par leurs ferments, ils transforment le milieu défavorable en un milieu favorable au développement des germes. Le cartilage, qui se nourrit par imbibition, ne trouve plus dans le liquide purulent qui remplit l'articulation un apport suffisant: il dégénère par places; une brèche s'ouvre laissant passer l'infection vers l'os qui se défend mal. Dès lors, tous les éléments de l'articulation sont menacés.

L'élément douloureux provient de ce que la synoviale tapisse la capsule articulaire sur sa face interne. Or cette capsule est formée de tissu conjonctif très riche en fibres collagènes et en terminaisons nerveuses. L'appareil capsulo-synovial constitue la partie sensible de l'articulation, en même temps qu son appareil de contention et de nutrition.

Anatomo-pathologie

On peut distinguer avec HORTOULLE, selon le degré de l'atteinte:

- la synovite aigue
- le phlegmon capsulaire
- l'ostéo-arthrite suppurée
- les fusées suppurées
- les luxations pathologiques.

ETUDE CLINIQUE

Le début: est souvent rapide, parfois même brutal, associant une douleur vive au pli de l'aîne, à la fesse, à la cuisse, immobilisant la hanche, à des signes généraux infectieux (température élevée à 39° - 40°, sensation de malaise général). C'est ce que nous constatons 3 fois sur 4 (Obs. N°2-3-4). Parfois il est progressif avec une douleur modérée n'empêchant la marche qu'au bout de quelques jours, sans signes généraux importants (Obs.1)

La période d'état.

Les signes infectieux persistent ou apparaissent s'ils n'existaient déjà. L'articulation coxo-fémorale est douloureuse, bloquée. Les mouvements sont impossibles sinon extrêmement limités du fait de la douleur. Il existe parfois un empâttement qui peut être superficiel (Obs.1) ou profond (Obs.3). L'amyotrophie du quadriceps est précoce. La hanche est immobilisée en flexion légère avec abduction et rotation externe.

Evolution

Parfois favorable sous l'influence du traitement antibiotique énergique associé à une immobilisation stricte: les signes généraux s'estompent, la fièvre tombe, la V.S. revient à la normale, les douleurs disparaissent, la mobilisation de l'articulation redevient possible. Cependant la récupération de la coxo-fémorale est rarement complète: au mieux subsiste une limitation des mouvements de flexion (Obs.2). Il faut également

souligner que cette récupération n'intervient qu'au prix d'une hospitalisation encore très longue (Même obs. et observation de coxite à pneumocoque publié par FRANÇON et coll. où la marche ne fut reprise, avec béquilles, qu'au bout de 9 mois).

Dans le cas de coxite suppurée rapporté en 1951 par HUGUES et NIESS, l'évolution a été favorable et courte: l'appui sur le membre inférieur atteint a pu se faire 4 mois et demie après le début. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de cas semblable à évolution aussi rapidement favorable.

L'évolution prolongée et défavorable du point de vue fonctionnel reste encore, et en dépit d'un traitement bien conduit, l'éventualité la plus fréquente: Obs.1-3-4; statistique de SLOWICK: 5 récupérations satisfaisantes sur 30 coxites à staphylocoque; statistique de BADGLEY et coll.: 7 hanches normales sur 135 hanches atteintes. L'ostéo-arthrite s'installe, les atteintes articulaires s'aggravent aboutissant à une luxation pathologique de la tête fémorale avec raccourcissement. Cette évolution ne se voit pas uniquement dans les cas où le diagnostic a été tardivement porté (Obs.3). Ces cas sont souvent justiciables de l'intervention chirurgicale pour ankylose en bonne position par arthrodèse.

La coxite à staphylocoque tout comme les autres coxites infectieuses ne met plus le pronostic vital en jeu comme c'était encore le cas il y a une trentaine d'années. Seul se pose le pronostic fonctionnel et il faut savoir que la coxite infectieuse peut favoriser la survenue d'une coxarthrose, quelques années plus tard, ainsi que l'ont montré LEQUESNE avec un cas de coxarthrose secondaire à une coxite aiguë par inoculation traumatique (balle), FRANÇON et COTILLON avec un cas de coxarthrose secondaire à une coxite à streptocoque.

FORMES CLINIQUES

Chez le nourrisson: la luxation pathologique reste fréquente avec ses graves conséquences fonctionnelles. Cela tient

aussi bien à la difficulté à porter un diagnostic précoce en raison de la latence de l'arthrite au cours d'un état infectieux grave, d'une septicémie, qu'à l'importance des tissus cartilagineux facilement détruits par l'infection.

Chez le vieillard: la coxite infectieuse survient sur une articulation coxo-fémorale déjà le siège de remaniements. La récupération fonctionnelle sera ici également très difficile à obtenir.

LES SIGNES RADIOLOGIQUES

Ils offrent les mêmes caractères que les autres coxites infectieuses à pyogènes.

Date d'apparition

Ils sont très rarement précoces. En général, ils n'apparaissent qu'au cours du 2ème mois d'évolution. CLAVELIN et NAULLEAU en 1931 signalaient déjà que les signes d'atteinte aigue de la hanche apparaissent entre 1 mois et 6 semaines après le début. Cependant dans le cas de coxite suppurée rapporté par HUGUES et NIESS les modifications radiologiques seraient apparues au 11ème jour de la maladie. Notre observation N°2 présente également une image précoce mais de 3 semaines néanmoins.

Description

Les signes de coxite infectieuse sont:

- le pincement de l'interligne articulaire, témoin de la destruction du cartilage. Il est habituellement précoce, étendu et vite total. Il est tantôt supérieur, tantôt interne. C'est en général le signe le plus précoce.

- l'ostéoporose, signe également précoce, dont la traduction radiologique est une augmentation de la transparence osseuse. Elle se présente sous l'aspect de zones claires plus ou moins ovalaires, plus ou moins étendues.

- la lyse osseuse sous-chondrale est la manifestation radiologique de destruction de l'os sous-chondral.

Elle peut aller de l'estompage d'une partie du contour osseux sous-chondral au grignotage, même à l'ulcération. Elle est en général plus tardive d'apparition mais peut parfois être contemporaine du pincement.

- les géodes traduisent la perte de substance osseuse. Ce sont des zones d'ostéo-transparence.

A l'extrême on peut voir dans les formes évoluées de véritables ostéolyses de la tête fémorale qui s'ovalise, se réduit, peut même disparaître.

DIAGNOSTIC POSITIF

Chez un malade présentant une atteinte aiguë ou subaiguë de la hanche, le diagnostic de coxite à staphylocoque se fonde sur:

1) des signes de coxite sans spécificité microbienne

. l'image radiographique: pincement articulaire, ostéoporose, lyse osseuse sous-chondrale.

. la V.S. accélérée, la leucocytose à polynucléaires.

2) la recherche du germe en cause par

. l'anamnèse: antécédents de furoncle, d'anthrax, de phlegmon péri-néphrétique, de septicémie à staphylocoque, de plaies de l'articulation coxo-fémorale par geste à visée thérapeutique (injection intra-articulaire) ou par traumatisme.

. les hémocultures; la ponction de hanche à répéter si elle aura été blanche ou si elle n'aura retiré qu'un liquide amicrobien.

. jusqu'à la biopsie de la synoviale; mais il est rare qu'on soit obligé d'aller jusqu'à cet acte chirurgical.

Dans de rares cas où aucun germe n'aura été trouvé dans le liquide de ponction à différentes reprises, seule l'anamnèse permettra de rattacher la coxite à une infection récente. Mais le diagnostic n'est alors que probable.

Il est des cas où l'image de coxite infectieuse est typique alors que la ponction de hanche et l'hémoculture sont aussi défaillantes que l'anamnèse: on répétera les ponctions de hanche, les hémocultures, on pratiquera au besoin une biopsie de la synoviale. Ainsi parviendra t-on le plus souvent au diagnostic de coxite infectieuse à pyogènes.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Devant cette atteinte aigüe ou subaigüe de la hanche avec limitation des mouvements et le plus souvent altération de l'état général, il faut:

1) Eliminer d'abord ce qui n'est pas une coxopathie proprement dite:

- Métastase osseuse para coxo-fémorale d'un cancer viscéral (rein, sein, prostate, poumon): zone de lyse (ou de condensation pour le cancer de la prostate) de l'iléon, du fond acétabulaire, du toit du cotyle, d'une branche pubienne, de l'un des trochanters, autant de localisations de l'ostéose cancéreuse métastatique qui peuvent déterminer même très rapidement des mouvements douloureux et limités de la hanche avec éventuellement des signes généraux.

- Infections de voisinage: abcès du psoas, adénite inguinale.

2°) Lorsque la radio. a révélé qu'il s'agit bien d'une coxopathie, on élimine facilement:

- coxarthrose

- nécrose primitive de la tête fémorale

dont les images sont bien particulières.

3°) Restent les autres coxites infectieuses:

- à mélitocoques: sont de diagnostic difficile car l'examen bactériologique du liquide synovial peut être négatif bien que le mélitocoque soit présent dans l'articulation.

Ainsi dans un cas de KELLY et coll. (cité par MOUHANNA), c'est la culture du tissu prélevé par biopsie de la synoviale qui a décelé le mélitocoque alors que la culture du liquide synovial était restée négative.

- à streptocoques: leur fréquence, tout en étant moindre que celle des coxites à staphylocoques, est d'environ 1/3 des cas de coxites infectieuses. Ainsi:

SLOWICK trouve le streptocoque 23 fois sur 60 cas;

HEBERLING " " " 16 fois sur 45 cas;

HARMON et ADAMS trouvent le S. hémolytique 18

fois pour 51 coxites à pyogènes déterminées parmi 147 coxites étudiées.

Seul DEMELENNE ne trouve le streptocoque que 3 fois sur 33 cas.

Cliniquement, les signes sont les mêmes que pour les coxites à staphylo. Parfois il peut n'y avoir aucune douleur ou manifestation clinique. C'est ce que rapportent LIEVRE et coll. avec un cas de destruction silencieuse de la hanche par arthrite streptococcique, où le diagnostic exact fut fait après examen bactériologique d'un prélèvement par ponction-biopsie. Cependant, certains auteurs pensent que l'infection streptococcique entraîne des lésions osseuses moins importantes que l'infection staphylococcique, qui se traduiraient radiologiquement par des images de pincement de l'interligne sans images de destruction de la tête ou du col comme avec le staphylocoque (SLOWICK). Toutefois BADGLEY et coll. estiment que le degré de gravité de l'atteinte articulaire ne dépend pas du germe en cause.

Le diagnostic sera fait au laboratoire. Il pourra avoir été évoqué devant l'existence d'antécédents particuliers: érysipèle, scarlatine, post-partum.

- à pneumocoques: sont très rares. HARMON et ADAMS le trouvent 1 fois sur 51 cas. L'infection pneumococcique de l'articulation coxo-fémorale peut entraîner une évolution

chronique, ainsi que le montrent FRANÇON et coll. avec un cas récent. Par ailleurs, les caractères tant cliniques que radiologiques de la coxite à pneumocoques n'ont rien de spécifique et le diagnostic ne peut être fait qu'au laboratoire.

- à méningocoques: ne se voient plus guère. Une méningite à méningocoque peut se compliquer d'une localisation articulaire dont les caractères seraient d'être peu douloureuse, avec épanchement important et faible gêne fonctionnelle (MERLE). Cependant la localisation coxo-fémorale est exceptionnelle.

- à gonocoques: sont devenues rares. Mais ce diagnostic reste à évoquer tant la brutalité des signes cliniques que l'intensité des phénomènes destructifs dont MONDOR : si magistralement brossé le tableau les rapprochent des coxites à staphylocoques. Là encore l'examen bactériologique apportera la clé du problème.

La coxite tuberculeuse ou coxalgie doit également être envisagée, bien qu'ayant une place à part dans les coxites infectieuses.

Habituellement, elle évolue plus lentement que les coxites infectieuses à pyogènes, mais ceci est loin d'être absolu, et dans certaines coxites à staphylocoques ralenties ou torpides, le problème est parfois difficile. La réponse sera fournie par les données de l'anamnèse et surtout par le ou les ponctions répétées. A partir de la moindre goutte de liquide prélevé, on fera culture sur Löwenstein et inoculation au cobaye qui devraient être systématiques, s'ajoutant à la culture sur milieux habituels des pyogènes. En effet, non seulement en l'absence d'antécédents, on ne peut savoir à quel germe on a affaire, mais encore il arrive parfois que l'on trouve les deux germes dans l'articulation, ce qui impose une antibiothérapie double.

Les signes radiologiques ne permettent pas de trancher car ils sont très voisins dans les deux cas, mis à part leur rapidité d'apparition beaucoup plus grande avec les pyogènes qu'avec le B.K.

4°) La coxite inflammatoire primitive

C'est un diagnostic d'élimination après s'être assuré qu'il n'y a absolument pas de germe dans l'articulation intéressée.

Dans l'ensemble, elles débutent parfois aussi brusquement, mais sont d'évolution plus lente que la coxite infectieuse. Mais au bout de plusieurs mois ou années, leurs images radiologiques peuvent être les mêmes. Cependant, les signes généraux sont beaucoup moins marqués, se limitant à une simple accélération de la vitesse de sédimentation.

C'est en réalité avec la coxalgie que le problème se pose, car les coxites infectieuses à pyogènes évoluent trop vite pour qu'on discute longtemps le diagnostic différentiel de coxite inflammatoire qui doit être fondé sur la réunion de 5 au moins des critères proposés par LEQUESNE, FORESTIER et de SEZE.

TRAITEMENT

Chirurgical au début du siècle avec diverses interventions (résection de la tête, luxation de la tête, arthrotomie, méthode de WILLEM) tantôt précocément, tantôt tardivement effectuées, mais presque toutes avec des résultats qui montraient une mortalité encore élevée, il est devenu presque exclusivement médical depuis l'avènement des antibiotiques, et de ce fait, il peut être appliqué dans un service de Rhumatologie.

Idéal, il doit être précoce et intense. Il doit associer:
l'immobilisation soit en 1/2 flexion le jour et extension la nuit dans une gouttière, soit en extension continue par broche transfémorale ou transtibiale

et l'antibiothérapie massive, associant plusieurs antibiotiques choisis si possible d'après les données de l'antibiogramme, suffisamment prolongée (deux mois au moins), par voie aussi bien locale que générale.

Dans les cas d'évolution défavorable dans lesquels les douleurs persistent, il faudra appliquer un traitement chirurgical, arthrodèse le plus souvent, pour bloquer la hanche en extension.

C O N C L U S I O N S

1. Les coxites infectieuses à staphylocoques ne sont pas très fréquentes en milieu rhumatologique : 4 cas dont 2 certains et 2 très probables, en compulsant les archives du Centre de Rhumatologie VIGGO-PETERSEN de l'Hôpital LARIBOISIERE (Service du Professeur S. de SEZE) pour les dix dernières années 1952 - 1962. Cependant le staphylocoque reste le germe le plus fréquemment rencontré dans les coxites à pyogènes : 2 cas sur 3 en moyenne.
2. Le sexe masculin est plus atteint que le sexe féminin, en général 3 cas masculins pour 1 cas féminin.
3. Le tableau clinique associe presque toujours des signes locaux et des signes généraux infectieux :

signes locaux : remarquables par la brusquerie du début de la douleur et par son intensité telle que l'impotence est de règle. On ne peut compter sur une collection où même une tuméfaction palpable.

signes généraux infectieux : souvent importants avec une température en règle élevée à 39° - 40°, une sensation de malaise général.

4. Les signes radiologiques: élément classique mais frappant et source d'erreurs de diagnostic, le 1er signe radiographique de coxite est souvent en retard de plusieurs semaines sur le début de la maladie.

Dans nos 4 cas comme dans la plupart de ceux analysés dans la littérature les radiographies n'ont pas été faites à intervalles suffisamment rapprochés pour permettre de dater exactement l'apparition du 1er signe radiologique par rapport au début clinique.

Ceci amène à formuler 2 règles :

a) la présomption clinique (signes locaux et signes généraux infectieux) ou étiologique doit suffire à faire commencer le traitement après ponction de la hanche ou biopsie de la synoviale, car si l'antibiothérapie est tardive ou insuffisante, il en résulte toujours de gros dégâts de l'articulation coxo-fémorale ou une évolution traînante, facteurs de mauvais pronostic fonctionnel.

b) il faut savoir répéter les clichés tous les 15 jours les 3 premiers mois de la maladie.

5. Il est habituel en matière de coxite staphylococcique comme en matière de coxite infectieuse en général que l'enquête étiologique reste en partie infructueuse. Ceci amène à formuler cette règle :

Tous les moyens d'enquête étiologique doivent être mis en oeuvre dans ces cas, non seulement interrogatoire poussé mais :

- . ponction de la hanche plusieurs fois répétée;
- . ensemencement même si la ponction ne retire qu'une ou deux gouttes d'un liquide quelconque ou bien même du sang;
- . jusqu'à exploratrice ou biopsie de la synoviale (Obs. N°2: seule l'exploratrice a permis de recueillir quelques gouttes de pus).

6. Dans les cas vus tôt, on peut espérer conserver la fonction par l'antibiothérapie massive et précoce associée à une

immobilisation en extension la moitié du nyctémère , en 1/2 flexion l'autre moitié. Dans les cas vus tardivement ou à évolution rapide, mieux vaut immobiliser strictement dans un appareil plâtré avec essai ultérieur de récupération partielle de la mobilité par la rééducation. De toutes façons, l'antibiothérapie doit être longtemps prolongée. La marche n'est habituellement reprise qu'après plusieurs mois.

oOo

Vu, le Président de Thèse :
Professeur S. de SEZE

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

BADGLEY C.E., YGLESIAS L., PERHAM W.S., SNYDER C.H.

Studies of end-results in 113 cases of septic hips
J. of Bone & Joint Surg. 18 : 1047-1061, Oct. 1936.

BARAZER C.

Contribution à l'étude du traitement des arthrites
purulentes telles qu'on les rencontre dans un service
de médecine.

Thèse Paris 1958, 56 pp. dactyl. N°265.

CAUCHOIX J.

Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale
Tome II, 1961, Masson Editeur.

CHANOLIEU R.K.

Contribution à l'étude des aspects radiologiques des
coxites et coxarthroses. (Intérêt de la tomographie).
Thèse Paris 1961, 53 pp. dactyl.

CHEVRIER L.E.

Arthrites aiguës ostéomyélitiques

Encycl. Méd. Chir. : Os et Articulations 14110 C10

CLAVELIN C. et NAULLEAU J.

Diagnostic et traitement des arthrites infectieuses
subaiguës de la hanche chez l'adulte (Apropos de
6 observations personnelles).

Rev. de Chir. 50 : 689-712, Déc. 1931.

DEMELENNE F.

Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë de la
hanche.

Rev. de Chir. 77 : 547-561, Oct. 1939.

DUPERIE R., DERVILLEE P., DUTRENIT

Sur une observation de mélitococcie avec arthrite coxo-fémorale.

Bull. et Mém. Soc. Méd. Chir. de Bordeaux, pp.221-231, 1936

ETIENNE C.

Les arthrites aiguës de la hanche.

Thèse Nancy 1908, 84 pp. impr.

FRANÇON F. et COTILLON E.

Coxarthrie secondaire à une coxite streptococcique de la 2ème enfance.

Rev. du Rhum. 23 : 317-320, 1956.

FRANCON F., GRENIER J., FRANÇON J., et EXERTIER J.

Un cas de coxite à pneumocoque passé à la chronicité.

Presse Médicale 67 : 1295-1296, 1959.

FREIBERG J.A. et PERELMAN R.

Pelvic abscesses associated with acute purulent infection of the hip-joint.

J. of Bone & Joint Surg. 18 : 417-427, 1936.

GALMICHE P. et DJIAN A.

Etude comparative par différentes méthodes radiologiques d'un cas de coxite aiguë.

Rev. du Rhum. 20 : 784-787, 1953.

GAUDIER E.

Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë de la hanche.

Thèse Lille 1922, 66 pp. impr.

HARMON P.H. et ADAMS C.O.

Pyogenic arthritis II. Indication for surgical treatment in residual and chronic stages and end-results of reconstruction in 53 patients.

Surg., Gyn., and Obst. 78 : 497-508; 1944

HEBERLING J.A.

Review of 201 cases of suppurative arthritis

J. of Bone & Joint Surg. 23 : 917-921, Oct. 1941.

HORTOULLE F.C.

Arthrites aiguës à germes banaux.

Encycl. Méd. Chir. : Os et Articulations 14110 A 10

HUGUES R.H. and NIESS O.K.

Acute suppurative arthritis of the hip : report of a case
U.S. Armed Forces Med. Journal 2 : 183-186, 1951.

ITTIECANDY C.R.

Contribution à l'étude du traitement de l'arthrite aiguë
de la hanche chez l'enfant.
Thèse Paris 1960, 35 ps. dactyl., N° 928.

JONES R. Jr. and ROBERTS L.

Acute osteomyelitis of the upper end of the femur
Surg., Gynec. and Obst. 65 : 753-770, Dec. 1937.

KELLY P.J., MARTIN W.J., SCHIRGER A., WEEDIA

Brucellosis of the bones and joints. Experience with
36 patients.
J.A.M.A. 174 : 347-353, 24 Sept. 1960.

JABARTHE J.

Les accidents de la corticothérapie intra-articulaire.
Etude analytique et critique. Dédutions prophylactiques
et thérapeutiques.
Thèse Bordeaux 1960, 87 pp. impr.

LEQUESNE M.

La coxarthrose sur coxite.
Rhumato. N°5, 200-208; 1955

LEQUESNE M., FORESTIER F.

La coxite primitive.
La Vie Médicale 42 : 1679-1690, Déc. 1961.

LEQUESNE M., FORESTIER F. et de SEZE S.

La coxite rhumatismale primitive.
Entretiens de Bichat, 1960, p. 127-134, Expansion édit.

LERICHE R.

Arthrite suppurée de la hanche à staphylocoque doré.
Traitement par des injections intra-articulaires de
mercurochrome. Guérison par ankylose sans incision.
Lyon Chir., 34 : 191-194, Mars-Avril 1937.

LIEVRE J.A., LATASTE J. et DESHAYES P.

Destruction silencieuse de la hanche par arthrite
streptococcique.
Rev. du Rhum. 24 : 664-668, 1957.

MASSE P.

Les arthrites aiguës staphylococciques de la hanche.
La Revue du Praticien, p. 1573-1579, 1er Sept. 1953.

MERKLEN R. et DUCROQUET R.

Arthrite de la hanche avec destruction complète de la tête fémorale.

Bull. Méd. Paris, 46 : 394 - 397, 28 Mai 1932.

MERLE L.

Les arthrites à méningocoques.

Thèse Paris 1920, 76 pp. impr.

MONDOR H.

Les arthrites gonococciques, 1928, Masson Editeur.

MOUHANNA A.

Les Brucelloses chroniques et leurs déterminations ostéo-articulaires.

Thèse Paris 1960, 26 ff. dactyl.

MOULONGUET P.

La radiographie dans les arthrites aiguës de la hanche
J. de Radio. et d'Electro., Mars 1926

PERALDI F.

Considérations sur 7 cas divers d'ostéomyélite de la hanche chez le jeune.

Thèse Paris 1958, 56 ff. dactyl.

PETIT F.F.

Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë de la hanche de l'adolescent.

Thèse Paris 1934, 111 pp. impr.

PHEMISTER J.B.

Pathology and treatment of pyogenic arthritis.

Pennsylvania Med. Journal 32 : 52-57, Nov. 1928.

PIQUET J.

Arthrites de la hanche dans l'ostéomyélite de l'adolescence et de l'enfance.

Rev. de Chir. p. 767, 1926; p. 38, 1927.

SCHENKELBACH N.H.

Le traitement immédiat de l'arthrite ostéomyélitique de la hanche.

Thèse Nancy 1940, 70 pp. impr.

SEZE (S. de), MAITRE M., FORESTIER F.

Bréviaire de Rhumatologie, Expansion éditeur p. 79 à 98

SLOWICK F.A.

Purulent infection of the hip-joint : analysis of
60 cases.

New England J. of Med. 212 : 672-676; Apr. 11, 1935.

SOEUR R.

Ostéomyélite de la hanche.

Rev. de Chir. 50 : 377-442, Juin 1931.

STEINDLER A.

Pyogenic arthritis.

Bull. of N.Y. Acad. of Med. Vol. 27 N°2, 101-123, Feb. 51.



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-96